FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gertrude LOÉSER

Née à Trêves-sur-Moselle (Allemagne), le 23 septembre 1884
Licenciée ès sciences, Externe des Hôpitaux
Ex-Interne de l'Asile National des Convalescentes
Ex-Interne de l'Hôpital de Rothschild, Interne à l'Asile Départemental du Loiret

LE PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Président : M. ROBIN, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

Médecin à l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur BARDET

Vice-Président de la Société de Thérapeutique

A Monsieur le Docteur VEILLON

Médecin de l'Hôpital Pasteur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat 1904-1910

A MESSIEURS LES DOCTEURS LÉON ZADOC-KAHN, REBLAUD ET SCHWAB

Médecins de l'Hôpital de Rothschild

Internat 1911-1913

A MESSIEURS LES DOCTEURS RAYNAUD ET BÉCU

Médecins en chef de l'Asile Départemental du Loiret

LE PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE
CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

INTRODUCTION

Si nous prenons pour objet de notre travail un sujet qui, ces dernières années, a inspiré nombre de thèses et de publications, c'est parce que nous avons été frappé à l'occasion d'une observation personnelle, des contradictions formelles qui existent à l'heure actuelle sur la question des rapports de la tuberculose avec la grossesse.

Nous avons été amené à accoucher une jeune femme de dix-neuf ans, d'hérédité tuberculeuse, tuberculeuse elle-même dès le début de sa grossesse. D'un milieu social très aisé, elle fut envoyée dans un sanatorium par un médecin notoire dont la particulière compétence sur la question de la tuberculose est indiscutable. Prise d'une hémoptysie au quatrième mois, le médecin décide l'avortement, auquel le mari s'oppose. On émet les pronostics les plus désastreux quant à la mère et à l'enfant. Or, dès le septième mois, tous les signes pulmonaires s'amendent ; la température devient absolument normale et

l'accouchement ne provoque pas le plus petit écart dans la courbe thermique. Les suites de couches furent parfaites et maintenant, six mois après l'accouchement, la mère et l'enfant se portent à merveille.

A cette même époque, un voyage à Leysin nous mit en rapport avec le Dr Técon, médecin en second du sanatorium du Mont-Blanc. Celui-ci nous fit connaître le travail qu'il venait de faire à ce sujet.

C'est à cet important travail que nous faisons le plus large emprunt et dont nous rapportons les observations.

Nous avons pensé que ces dernières présentaient un intérêt tout particulier par leur qualité et ensuite par le milieu où elles avaient été faites. Il s'agit ici de malades suivies pendant longtemps, avant et après la grossesse et à l'abri des facteurs d'aggravation, imputables au milieu social, qui agissent en même temps que la grossesse et peuvent fausser les statistiques hospitalières.

Leur histoire clinique nous a paru démonstrative des difficultés du pronostic en la matière.

HISTORIQUE

Il est curieux de noter que les premières opinions exprimées par les auteurs sur les effets réciproques de la tuberculose et de la grossesse ont été des jugements absolus, sans circonstances atténuantes. Pour les uns, la grossesse est toujours favorable ; pour d'autres, elle est constamment néfaste.

La théorie optimiste est la première en date ; c'est elle qui a prévalu pendant très longtemps.

L'opinion la plus anciennement connue est exprimée par Hippocrate, qui soutient que la grossesse est favorable à la tuberculose.

Puis, au XVIIIe siècle, Sims d'Avignon déclare n'avoir jamais vu de décès chez les tuberculeuses enceintes, et Rozière de la Chassagne écrit que « de deux femmes tuberculeuses, on peut être sûr que celle qui deviendra enceinte portera son fruit à terme, alors que l'autre pourra périr avant ce temps.

Cullen, en 1779, dans ses *Éléments de Médecine pratique*, soutient formellement que la grossesse s'oppose au développement de la tuberculose pul-

monaire, mais admet qu'après l'accouchement la tuberculose poursuit souvent son évolution.

Au XIXe siècle, Marc écrit en 1817 au chapitre « grossesse » du *Dictionnaire des Sciences médicales* : « Chez des femmes devenues enceintes, la maladie semble suspendre ses progrès, disparaître même pendant les premiers mois de la gestation. »

Lassègue cite 3 cas de tuberculose pulmonaire qui furent enrayés par la grossesse.

Fallen, dans une thèse de 1889, considère que la grossesse peut entraîner avec elle la guérison d'une tuberculose concomitante. Et Gubler partage cet avis.

Pour Duguès, la grossesse ralentit d'une façon générale la marche des maladies chroniques, par conséquent celle de la tuberculose pulmonaire.

D'une façon générale, beaucoup de ces partisans de la théorie optimiste pensaient qu'aussitôt la femme fécondée, la nature veille à la conservation du nouvel être et défend l'organisme maternel durant toute la grossesse contre les accidents de la phtisie, de même que d'un grand nombre de maladies.

Une théorie, d'apparence plus scientifique et très intéressante, a été émise par Stuard Tidey, de Montreux; contrairement aux opinions anciennes que la dérivation sanguine produite vers l'utérus diminue la congestion pulmonaire, cet auteur montre l'effet heureux de la compression du poumon par l'utérus gravide, dont l'action se rapprocherait beaucoup, il

nous semble, de celle réalisée par le pneumo thorax. Et Stuard Tidey préconise l'emploi de bandes compressives du thorax comme instrument thérapeutique capable d'enrayer l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

En faisant abstraction, dans ce chapitre, de l'opinion des contemporains, que nous étudierons plus loin, nous trouvons dans les auteurs plus anciens l'expression d'une autre opinion, franchement pessimiste, représentée tout d'abord par Mauriceau.

Au commencement du XVIII^e^ siècle, Mauriceau disait que l'accouchement est un mauvais port où périssent les femmes qui ont eu une aussi méchante poitrine.

Pendant longtemps il resta seul de cette opinion. Louis finit par se rallier à celle-ci après des hésitations.

Grisolles présente à l'Académie de Médecine un mémoire avec 27 observations. Chez toutes les phtisiques, la maladie fut aggravée.

En 1852, mémoire de Dubreuilh, de Bordeaux. Pour lui, cependant, l'action néfaste de la grossesse n'est évidente que dans les premiers mois ; elle subirait ensuite un temps d'arrêt avec l'accouchement.

Depault, Tarnier, Charpentier et Budin croyaient que la grossesse exerçait une influence aussi néfaste sur la prédisposition à la tuberculose que sur la tuberculose confirmée ; ils enseignaient que chez une femme prédisposée à la tuberculose, la grossesse

pouvait changer cette prédisposition, en maladie confirmée et hâter le dénouement.

Capuron, au début du XIXe siècle, est le représentant d'une opinion qui reconnaît deux périodes distinctes dans l'évolution de la grossesse ; contrairement à Dubreuihl, il admet que durant les trois premiers mois de la gestation, la tuberculose paraît arrêtée dans son évolution ; les derniers mois de la gestation forment au contraire une deuxième période d'aggravation manifeste du status pulmonaire.

Du reste, cette action aggravente s'exerce surtout après l'accouchement, la dérivation sanguine vers l'utérus diminue, la congestion reparaît avec ses accidents. C'est ce qu'exprimait Fonsagrives en ses termes : « Si la grossesse est un bénéfice du moment, l'état puerpéral est un danger immense auquel peu de phtisiques avancées peuvent résister. » A peine en effet l'accouchement a-t-il eu lieu que, la contre fluxion utérine n'existant plus, les fluxions phlegmasipares se produisent vers la poitrine, et les accidents de ramollissement subaigu se pressent alors avec une activité à laquelle cette grossesse intempestive ne saurait certainement être considérée comme étrangère.

Enfin notons que Chambrelent défend l'action indifférente de la grossesse, appuyée par l'expérimentation sur l'animal.

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

LES OPINIONS CONTEMPORAINES

A l'heure actuelle, les divergences d'opinions, déjà rencontrées parmi les auteurs anciens, se sont encore accentuées. La théorie pessimiste est certainement celle qui compte le plus de représentants, car elle rallie, non seulement quelques opinions françaises des plus éminentes, mais celle de la grande majorité des auteurs étrangers et surtout allemands.

Pour Bardleben, la grossesse aggrave la tuberculose dans au moins 3/4 des cas. Il n'est pas possible, dit-il, de douter de ce fait. Il y a, ajoute-t-il, un petit nombre de cas qui ne s'aggravent pas ou même s'améliorent.

La grande majorité des auteurs autrichiens et allemands conclut dans ce sens, s'appuyant sur les recherches de Schmoll qui déclare avoir trouvé des tubercules dans le placenta dans 70 à 80 o/o des cas, ainsi que sur les expériences faites sur les cobayes par Hermann, chez lesquels l'influence fâcheuse de la grossesse s'est manifestée dans 71 o/o des cas.

Alexandre rapporte une statistique personnelle ; sur 18 grossesses menées à terme par des femmes

tuberculeuses, 13 femmes et 10 enfants sont morts en peu de temps.

Schauta dit : « Les femmes meurent et les enfants restent chétifs et dépassent rarement la vingtième année, même placés dans les meilleures conditions sociales. »

Une note discordante, vraiment isolée, est apportée par Curshmann, qui, dans une statistique du sanatorium de Luisenheim, où il soigne de jeunes ouvrières, rapporte que, sur 21 cas de tuberculose accompagnés de grossesse, 20 femmes ont pu reprendre leur travail. Sur ces 21 cas, 16 étaient au premier degré, 13 au deuxième, et 2 au troisième degré.

En Italie encore, l'accord est presque général quant à l'influence néfaste exercée par la grossesse, opinions exprimées par Martinetti, Maragliano, Bossi, etc.

C'est certainement en France même, à l'heure actuelle, que les avis sont les plus partagés.

Le professeur Bar, se ralliant aux opinions de Tarnier et de Budin, s'exprime en ces termes au Congrès de la Tuberculose de Rome en 1912 :

« Il est certain que la grossesse est une cause :

» 1° De réveil pour les tuberculoses latentes ;

» 2° D'aggravation pour les tuberculoses pulmonaires en voie d'évolution. Cette action fâcheuse peut se manifester dès le début de la grossesse ; il est de règle, règle qui comporte quelques exceptions, de la voir s'accentuer pendant le dernier tiers de la

grossesse. Quand il en a été ainsi et souvent même quand la tuberculose n'a pas paru très aggravée pendant les trois derniers mois de la grossesse, la maladie prend fréquemment une marche rapide après l'accouchement. Cela dit, il est certain que l'aggravation, pour commune qu'elle soit, n'est pas un phénomène nécessaire ».

Et les conclusions d'une thèse faite à la clinique Tarnier par Mlle Lempert en 1909, sont les suivantes :

1° La grossesse, l'accouchement et les suites de couches sont défavorables à une femme tuberculeuse;

2° Il est fréquent de voir, chez les femmes prédisposées à la tuberculose, cette maladie ne se développer qu'au moment de leur grossesse ;

3° Le degré d'aggravation dépend de plusieurs facteurs ; parmi les plus importants, nous pouvons citer l'âge de la malade, le degré des lésions pulmonaires et l'existence de tares antérieures ;

4° Les suites de couches sont d'un danger encore plus grand que la grossesse elle-même surtout pour les tuberculoses avancées chez qui elles entraînent la mort en très peu de temps.

Contrairement au professeur Bar, le professeur Pinard déclare depuis de longues années que la grossesse, le plus souvent, n'aggrave pas la tuberculose.

Et dans *les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (juin 1913), il écrit ceci :

Depuis Hippocrate jusqu'au milieu du XIXe siècle, la gestation fut considérée par la majorité des médecins comme ayant plutôt une action favorable

sur l'évolution de la tuberculose. Puis au courant de ces dix dernières années, la plupart des travaux parus sur cette question tendent à accentuer cette opinion et à faire croire que l'influence de la gestation est toujours désastreuse.

Depuis quarante ans, j'ai vu un certain nombre de femmes tuberculeuses en état de gestation. Quelle est mon opinion, à l'heure actuelle, après cette longue observation.

J'ai vu des femmes en état de gestation chez lesquelles la tuberculose a évolué rapidement, j'en ai vu chez lesquelles la tuberculose est restée stationnaire pendant plusieurs gestations successives.

J'en ai vu chez lesquelles la guérison a paru se faire d'une façon définitive pendant la gestation. Ai je vu beaucoup de cas de granulie pendant la gestation ? Je n'en ai jamais vu. J'ai pu en observer 3 cas pendant les suites de couches.

Et reflétant l'enseignement du professeur Pinard, Monnier conclut ainsi dans une thèse faite en 1908, à la clinique Baudelocque :

1° S'il est démontré d'une façon toute générale, que la grossesse aggrave la tuberculose (et c'est l'exception), il s'agit d'entendre et d'ajouter : « Tuberculose avérée en pleine voie d'évolution. »

3° En effet, il est impossible d'admettre les idées de Stolz, Tarnier, et qui malheureusement sont encore trop classiques. « La grossesse, les grossesses répétées favorisent singulièrement l'apparition et l'évolution de la tuberculose chez une prédisposée.

Nous avons réuni dans notre thèse 170 observations, qui, à notre avis, démontrent le contraire.

4° Nombre de femmes qui ont des tuberculeux dans leur famille, ont présenté dans leur jeunesse des manifestations tuberculeuses, osseuses ou articulaires qui guérissent ; les femmes se marient, ont plusieurs grossesses, et on ne remarque ni apparition, ni recrudescence des lésions tuberculeuses.

5° Nombre de femmes, ayant des antécédents tuberculeux héréditaires ayant présenté ou non des maladies dites prédisposantes, se marient, mènent plusieurs grossesses à terme et ne présentent aucune manifestation tuberculeuse.

6° Les femmes ayant des antécédents tuberculeux héréditaires, ayant présenté elles-mêmes des manifestations de tuberculisation pulmonaire, ont plusieurs grossesses et ne présentent rien du côté du poumon.

7° Fait paradoxal pour beaucoup peut-être, mais qui est constamment démontré par les observations, ce sont dans une famille les jeunes filles non mariées ou les femmes sans enfants qui sont ou meurent tuberculeuses.

8° Ce fait ne veut pas insinuer que la grossesse protège la femme contre la tuberculose, mais il est assez démonstratif et probant pour ce que nous soutenons, à savoir que les puerpuéralités n'influent nullement sur la maladie.

Rallié aux opinions de Pinard, le Dr Bonnaire, en 1905, au Congrès de la Tuberculose, s'exprime en ces termes : « Je suis frappé de la rareté des cas de

tuberculose apparaissant au cours de la grossesse, eu égard au grand nombre de femmes prédisposées par hérédité ou indigence que nous avons pu trouver à l'hôpital. »

Enfin, en définitive, nous rapporterons l'opinion du professeur Robin, qui conclut nettement à l'influence défavorable de la grossesse sur la tuberculose.

« Il ressort de toutes les statistiques dressées depuis celles de Louis, que les femmes paient à la tuberculose un plus lourd tribut que les hommes. L'une des causes en est dans leur existence plus sédentaire ; mais la plupart des auteurs admettent que la grossesse, la parturition et l'allaitement sont des conditions prédisposantes chez les femmes non infectées et des conditions d'aggravation quand la maladie tuberculeuse est déjà constituée.

Quoique la formule absolue de Peter (filles pas de mariage, femmes pas de grossesse, mères pas d'allaitement) soit adoptée par la majorité des praticiens, nombre d'auteurs lui apportent des restrictions, et d'autres, dont mon ancien maître A. Gubler et A. Pinard ne sont pas éloignés de croire que la grossesse pourrait exercer quelque heureuse influence sur la tuberculose.

Je ne m'attarderai pas à discuter ces diverses opinions, car il est deux faits, l'un expérimental, l'autre d'observation, qui me semblent juger la question.

Ce fait expérimental est dû à P. Bar, qui dans des recherches fort bien conduites, a trouvé qu'à l'état

de grossesse la mère saine fixe plus d'azote, utilise mieux le soufre de ses albuminoïdes et le fer de ses aliments, en même temps qu'elle mobilise une plus grande quantité de phosphore et de chaux. Pour subvenir à cette suractivité nutritive, la mère consomme plus d'oxygène et produit plus d'acide carbonique (Albert Robin).

Tout cela représente une sorte d'hypernutrition dont les produits, tout en étant destinés à la formation du fœtus, peuvent être utiles aussi à la mère qui tire alors un certain profit de sa plus grande activité très histogénétique.

Par conséquent, le fait expérimental démontre que la grossesse crée une suractivité nutritive générale qui s'ajoute à celle antérieure du terrain tuberculisé et épuise davantage les réserves minérales, à moins d'une énergie supérieure des fonctions digestives et assimilatrices, ce qui, malheureusement, constitue une exception.

Voyons les faits d'observation clinique. La majorité des femmes tuberculeuses s'aggrave pendant la grossesse et surtout à la suite de l'accouchement. On voit des phtisies latentes ou immobilisées devenir rapides ou mêmes aiguës à la faveur de la grossesse. Les jeunes tuberculeuses supportent quelquefois facilement une première grossesse, difficilement une deuxième et exceptionnellement une troisième (P. Dubois).

La *parturition* et *l'allaitement* aggravent la marche de la maladie dans la proportion de 43 cas sur 50

(Magnette, thèse de Lyon, 1908). Ajoutons, comme correctif, que ces aggravations sont fonction de la forme, du degré, de l'évolution de la maladie et des incidents de l'état puerpéral.

Il arrive que des tuberculeuses s'améliorent pendant les premiers mois de leur grossesse (au point qu'on serait en droit d'escompter leur guérison) ; mais après l'accouchement, la phtisie reprend ses droits et dans la plupart des cas précipite sa marche.

J'adopte donc pleinement les conclusions de Peter, puisque l'accouchement et l'allaitement ne peuvent qu'accroître les conditions défavorables que crée la grossesse.

Ces conclusions sont encore appuyées par la plus grande fréquence de l'avortement et de l'accouchement prématuré chez les tuberculeuses, par l'hérédité tuberculeuse placentaire, si rare qu'elle soit, et par la tare dystrophique, autrement dit l'hérédité de terrain, touchant d'après mes recherches, près de la moitié des descendants de phtisiques qui n'échappent à l'infection que s'ils sont élevés de manière à modifier leur terrain et à accroître leur résistance. »

Défendez donc le mariage, conclut le professeur Robin, aux tuberculeuses avérées. Ne le permettez aux jeunes filles héréditaires qu'après un minutieux examen et sans prendre de responsabilité pour l'avenir. Interdisez la grossesse aux femmes qui deviennent phtisiques pendant le mariage ; mais si cette grossesse survient, ne l'interrompez pas, comme on l'a conseillé, car — toutes réserves faites sur les avorte-

ments criminels qu'une pareille autorisation pourrait couvrir — la mère y perdra autant qu'elle peut y gagner, l'accouchement provoqué et ses conséquences étant passibles d'accidents au même titre que la parturition et les suites de couches.

LES ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC

Dans l'évolution historique des théories, nous avons vu successivement apparaître les pessimistes et les optimistes. Plus tard, une opinion plus éclectique a commencé à se manifester ; elle reconnaît que la grossesse n'influe pas de même manière sur toutes les tuberculoses ; on cherche alors dans l'étude de certains facteurs, tels que l'âge de la malade, de la tuberculose, ou dans celle de l'état pulmonaire des éléments de pronostic.

Age de la malade. — La plupart des auteurs se sont accordés à reconnaître l'âge comme facteur d'aggravation, et estiment que la période la plus dangereuse s'étend de vingt à trente ans.

Proust (thèse de 1903) affirme que l'évolution des lésions ne se produit que chez des femmes jeunes, tandis que chez celles qui ont dépassé la trentaine, la tuberculose reste généralement latente pendant la grossesse et après l'accouchement.

Tarnier disait : « Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une jeune fille de constitution délicate, qui a des phtisiques dans sa famille et qui, à une

époque antérieure, a eu des symptômes de tuberculisation pulmonaire, une hémoptysie par exemple, il faut déconseiller le mariage, surtout si elle est âgée de moins de trente ans. »

Influence des grossesses répétées. — Les grossesses répétées ont une influence néfaste sur la santé des femmes tuberculeuses, disait Hergott, et Paul Dubois affirmait : si une jeune fille menacée de tuberculose se marie, elle pourra bien supporter un premier accouchement, difficilement un second, jamais un troisième.

Influence de l'état pulmonaire. — « On voit des femmes, en état de tuberculose pulmonaire latente ou peu marquée : tuberculose sèche avec quelques signes stéthoscopiques, respiration rude, expiration prolongée, devenir enceintes et leur état, au lieu de s'aggraver, paraître plutôt s'améliorer.

» On peut estimer la proportion de ces cas à 60,70 o/o. Quand les femmes ont des craquements humides, des crachats avec bacilles, de la fièvre, les chances d'amélioration sont vraiment rares. Elles n'excèdent pas 15 o/o.

» Quand il y a des cavernes avec tendance à l'extension, de la fièvre, les chances d'amélioration tombent à 4 ou 5 o/o.

» Enfin, quand il y a tendance à la septicémie tuberculeuse, la grossesse apparaît comme une véritable catastrophe. »

C'est ainsi que s'exprime le professeur Bar au Congrès de la Tuberculose de Rome (1913).

Bardleben distingue deux catégories de malades : celles dont le pronostic général de la tuberculose est mauvais et celles chez lesquelles il est relativement bon.

Les premières sont les tuberculeuses manifestement actives, chez lesquelles l'aggravation est de 86 à 94 o/o avec mort certaine dans 56 à 61 o/o des cas (statistiques de Bardleben, Kaminer, Bankow), et les autres à processus latents, inactifs avec 14 à 28 o/o d'aggravation et 3,5 de mortalité.

Les épreuves de laboratoire. — Bumm admet que l'existence d'une ophtalmo-réaction, positive à la tuberculine chez une femme enceinte tuberculeuse, permet de porter un pronostic favorable. Il a vu cette ophtalmo-réaction s'affaiblir en cas d'aggravation.

L'épreuve qu'il préconise n'est pas entrée dans la pratique et n'a pas encore reçu d'autre confirmation.

LA
STATISTIQUE CRITIQUE DES OBSERVATIONS
PRISES A LEYSIN

Dans l'ensemble des 26 grossesses observées à Leysin sur 19 malades, le Dr Técon nota :

Sept fois (soit dans 26,92 o/o des cas), l'état gravidique entraîna une aggravation manifeste des lésions pulmonaires;

Quatre fois (soit 15,38 o/o des cas), la grossesse évolua parallèlement à une amélioration, parfois considérable de l'état pulmonaire;

Quinze fois (soit dans 57,69 o/o des cas) l'état pulmonaire se maintint parfaitement stationnaire durant le cours de la grossesse.

Influence de l'accouchement. — Sur les 21 accouchements observés, 17, soit 8 o/o, furent normaux; 4, soit 19 o/o des cas, furent compliqués : (hémorragie, version, rétention placentaire, forceps).

Vingt fois (soit 95,23 o/o des cas), l'accouchement ne parut exercer aucune influence sur le status pulmonaire. Et pourtant, plusieurs de ceux-ci furent compliqués.

Une seule fois (4,7 o/o des cas), l'accouchement, compliqué d'hémorragies violentes, eut certainement une action néfaste sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Donc, dans la très grande majorité de ces cas, l'accouchement n'eut pas d'action immédiate fâcheuse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Influence de l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire. — Il faut particulièrement rappeler ici que les observations ont été faites chez des femmes de la classe aisée, entourées de confort et de soins pendant et après l'accouchement.

Cependant, sept fois (soit dans 33,3 o/o des cas), le processus tuberculeux subit une apparition manifeste au cours de l'état puerpuéral ; treize fois (soit dans 61,9 o/o des cas), l'état pulmonaire se maintint stationnaire ; une seule fois, soit dans (4,7 o/o des cas), l'état pulmonaire s'améliora pendant les suites de couches.

Donc, dans la majorité de ces cas (61,9 o/o), le processus tuberculeux ne paraît pas influencé par les suites de couches. Pourtant, un nombre encore considérable de malades, 33 o/o, soit un tiers environ ont vu leur état pulmonaire s'aggraver nettement au cours de l'état puerpéral.

Pour un très petit nombre seulement (4,7 o/o) les suites de couches coïncidèrent avec une amélioration des signes d'auscultation.

Chez les malades dont l'état pulmonaire fut aggravé par l'état puerpéral, le processus évolutif

de la tuberculose pulmonaire avait paru s'exacerber déjà au cours de la grossesse. Une seule de ces malades traversa la grossesse sans accident, celle-ci coïncidant avec une amélioration considérable des signes stéthoscopiques. L'accouchement fut normal. Le processus tuberculeux reprit son évolution pendant les suites de couches.

L'aggravation de l'état pulmonaire fut si rapide que la mort survint trois mois après.

Aucune des malades n'a allaité.

Influence de la tuberculose pulmonaire sur la grossesse. — Sur les 26 grossesses rapportées, il n'a jamais été observé d'avortement spontané, ni d'accouchement prématuré. Dans des cas extrêmement graves, la grossesse fut menée à terme.

Influence de l'avortement provoqué sur la tuberculose pulmonaire. — Sur les 26 grossesses, on pratiqua l'avortement dans 5 cas, et toujours dans les trois premiers mois de l'état gravidique.

Une grossesse mal supportée, l'apparition de la fièvre, l'aggravation manifeste et rapide des signes d'auscultation, la perte de poids, la dépression morale furent les indications principales sur lesquelles s'appuya l'intervention. Les risques opératoires furent réduits au minimum par une intervention sans anesthésie.

Chez trois des malades (soit 60 o/o l'avortement provoqué donna des résultats très satisfaisants. Le processus tuberculeux, qui s'aggravait rapidement du fait de la grossesse, eut son évolution enrayée.

Une des malades, très gravement atteinte, doit certainement à l'intervention pratiquée d'être actuellement dans un état d'équilibre suffisant pour lui permettre une existence possible.

Une autre (2 o/o des cas) ne retira aucun bénéfice de l'avortement provoqué. L'évolution suivit son cours rapide, sans paraître influencée par l'intervention.

Enfin, une seule fois (20 o/o) l'avortement, loin d'éteindre le processus tuberculeux, déclancha une poussée bacillaire, extrêmement grave avec ramollissement rapide et formation de cavernules.

État des enfants

Ces enfants ont été classés comme suit :

Enfants suivis pendant une période de

1°	moins d'un an :	2	enfants,	en bonne santé.					
2°	» de 2 ans :	3	»	, 2 en bonne santé, 1 *rachitique.*					
3°	» » 3 » :	5	»	, en bonne santé.					
4°	» » 4 » :	1	enfant,	»	»	»			
5°	» » 6 » :	1	»	»	»	»			
6°	» » 7 » :	1	»	»	»	»			
7°	» » 8 » :	2	enfants,	»	»	»			
8°	» » 10 » :	2	»	»	»	»			
9°	» » 11 » :	1	enfant.	»	»	»			
	Total	18	enfants.						

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme X..., vingt-deux ans. Grèce.

Hérédité tuberculeuse négative. Variole dans l'enfance. Il y a quatre ans, opération de l'appendicite après plusieurs crises.

Mariée en février 1910 ; mari bien portant.

Arrivée à Leysin 23 août 1910 : teint pâle et jaune, amaigrissement. Mauvais état général, dos voûté légèrement. Pouls rapide, mou.

Poumon droit, lobe supérieur : respiration rude, obscure, expiration très prolongée ; râles sous-crépitants fins et craquements humides épars, peu nombreux à ce niveau.

Taille 1m.57. Poids 53 kgr. 100 Urines normales. Température maxima 37°4.

Grossesse de cinq mois (dernières règles le 25 mars).

Dès le deuxième mois de sa grossesse, la malade maigrit, commence à tousser, pas de fièvre, vomissements fréquents. Passe trois mois à la campagne.

Septembre. — Quinze jours de fièvre, vives douleurs dans l'hémithorax droit ; forte congestion de la base droite, puis

poussées congestives aux deux sommets et enfin à l'autre base.

27 septembre. — Auscultation sensiblement meilleure, température normale. Poids 57 kgr. 700.

Octobre. — Pouls 92. Urines normales, bacilles de Koch absents. Poids 62 kgr. 200.

Novembre. — Rien de particulier à signaler.

Décembre. — Accouchement normal le 13 décembre. Bébé du sexe féminin, bien conformé. Suites de couches normales, réaction fébrile légère et de courte durée. Aucun retentissement sur l'état général ou sur l'état pulmonaire. Poids avant l'accouchement, 66 kgr. 500.

Température :

11 décembre :	36°6/36°8	
12 »	36°5/36°8	
13 »	36°6/37°0	(accouchement)
14 »	36°9/37°3	
15 »	37°7/37°6	
16 »	37°2/37°5	
17 »	37°2/37°5	
18 »	37°4/37°3	
19 »	37°0/36°8	
20 »	36°6/36°8	
21 »	36°6/36°9	

Janvier : 57 kg. Température normale.
Bon état général.

Février : 58 kg. 3 Température normale.

Bon état général.

Mars : 57 kg. 8 Température normale.

Bon état général.

Avril. — Poids 57 kgr. 5. Température normale. Urines normales. Ni toux, ni expectoration.

État pulmonaire. — Respiration rude (cicatricielle) au sommet droit. Très bon état général. La malade quitte Leysin pour rentrer chez elle, en Grèce, à fin avril 1911. Actuellement, la mère et l'enfant sont en parfaite santé. Le poids de la mère est de (?), celui de l'enfant de 12 kilos.

OBSERVATION II

Mme X..., vingt-neuf ans. France.

Pas d'hérédité tuberculeuse connue. Une sœur bacillaire torpide, âgée de trente-huit ans. Toujours bien portante jusqu'à son mariage. Surmenage, grossesses répétées : trois enfants en peu de temps. Pendant sa dernière grossesse, en octobre 1904, poussée bronchique. Depuis a toujours toussé.

5 novembre 1905. — *État à l'arrivée à Leysin.* — Taille 1 m. 67. Poids 57 kilos. Expectoration muco-purulente, de quantité moyenne, bacilles de Koch présents (Gaffky VIII). Température normale. Urines normales.

État pulmonaire. — Lobe supérieur gauche, respiration rude, râles sous-crépitants fins, nombreux, et craquements humides épars, localisés surtout dans les fosses sus et sous-claviculaires.

20 janvier 1906. — Grossesse de huit mois environ. Accouchement à terme d'un enfant bien conformé normal ;

suites de couches parfaitement physiologiques. Poids avant l'accouchement 64 kgr. 300. Aucune réaction fébrile ou pulmonaire appréciable. La malade n'allaite pas.

L'état de la malade va s'améliorant lentement jusqu'à son départ de Leysin.

Au départ, en avril 1906, l'expectoration a notablement diminué et les signes d'auscultation sont moins accusés ; la température est normale, les urines normales. Poids 59 kgr. 500. Bébé bien portant.

La malade rentre chez elle, se surmène ; l'affection qui paraissait enrayée ne tarde pas à reprendre un cours rapide, le sommet gauche s'excave rapidement, la fièvre s'installe sans rémission, la malade meurt en 1907.

OBSERVATION III

Mme X..., vingt-huit ans, France.

Arrivée à Leysin janvier 1902 ; départ de Leysin mai 1903.

Antécédents tuberculeux négatifs, bien portante dans sa jeunesse, mariée à vingt-deux ans. Deux fausses couches puis un accouchement normal avec enfant bien portant en 1904 ; deux semaines après l'accouchement, fièvre, toux, transpirations nocturnes abondantes, puis apparition d'expectorations bacillifères. L'auscultation révèle une infiltration fibro-caséeuse du sommet droit. Température 37-38°6, expectoration abondante (40 cmc.), bacilles de Koch présents, urines normales.

La température ne cède qu'après un alitement ininterrompu de plusieurs mois

La malade fait à Leysin deux séjours ; elle quitte l'altitude en état de guérison clinique. Le guérison se maintenait encore deux ans après son départ de Leysin ; depuis cette époque, nous l'avons perdue de vue.

OBSERVATION IV

Mme X, trente-trois ans. France.

Antécédents(?).— Maladies d'enfance habituelles (rougeole, coqueluche). Première atteinte de tuberculose pulmonaire à l'âge de vingt-deux ans : fièvre, hémoptysies, expectoration bacillifère. Se soigne à l'altitude et quitte la montagne guérie cliniquement ; ne tousse, ni ne crache, température normale. A vingt-six ans, soit trois ans après avoir quitté la montagne : mariage. A vingt-huit ans, naissance d'un enfant bien constitué. La grossesse fut parfaitement supportée, les suites de couches sont normales. Mme X..., par simple précaution, a passé à Leysin les quatre derniers mois de sa grossesse ; l'accouchement normal en première position a lieu à Leysin. La malade se met en villa et passe une année entière parfaitement bien portante. A vingt-neuf ans nouvelle grossesse, très bien supportée ; accouchement normal en décembre 1909, d'un garçon bien conformé. La première semaine des suites de couches est normale, puis soudain, au neuvième jour, violente hémoptysie pendant trois jours avec forte réaction thermique. La fièvre persiste pendant vingt jours, amaigrissement, violente poussée congestive du lobe supérieur droit (primitivement atteint). Au bout de six semaines d'alitement, la température revient à la normale,

les signes d'auscultation s'atténuent et la malade voit son poids se relever lentement.

Actuellement, soit trois ans après l'accouchement, on note à l'auscultation une respiration rude avec crépitation alvéolaire. La malade ne crache plus depuis dix-huit mois. Elle n'a allaité aucun de ses enfants.

Les enfants se portent bien, augmentent normalement de poids et ont l'apparence d'enfants sains.

OBSERVATION V

Mme X..., vingt-neuf ans. Russie.

Mère morte de tuberculose pulmonaire. Frères et sœurs en bonne santé. Rougeole, plusieurs bronchites dans l'enfance. Se marie à dix-huit ans, mari en bonne santé.

Huit grossesses : 1 grossesse normale, 3 fausses-couches et 4 enfants nés vivants, mais morts en bas âge. L'enfant vivant, qui est l'aîné, se porte bien ; c'est une fillette de belle apparence, robuste, sans stigmates de rachitisme.

Début de l'affection actuelle en automne 1907 par une hémoptysie suivie d'une fièvre légère. Transpirations nocturnes, toux, expectoration avec bacilles de Koch présents, parfois 38 degrés ; tous ces symptômes apparaissent après l'hémoptysie et sont encore présents actuellement.

Juin 1908. — *Status à l'arrivée à Leysin.* — Respiration rude, soufflée, craquements humides fins et râles sous-crépitants nombreux, surtout dans la fosse sous-claviculaire, au poumon gauche.

Expectoration muco-purulente, bacilles de Koch présents.

Urines normales. Poids 60 kilogrammes. Température maxima 38°2. Amaigrissement marqué.

Utérus gravide de trois mois environ.

L'amélioration de l'état pulmonaire se poursuit lentement, la température ne tarde pas à s'abaisser à la normale, l'expectoration diminue notablement, mais est toujours bacillifère.

15 janvier 1909. — Accouchement normal d'un garçon bien constitué. Rétention pendant les premiers jours des suites de couches avec température 39°8. Le quatrième jour la température descend à 36°8 et s'y maintient dès lors. Poids après l'accouchement, 76 kgr. 700.

On ne note aucun retentissement sur l'état pulmonaire.

Les signes d'auscultation continuent à s'amender jusqu'en avril ; à ce moment-là, à la suite d'une absence un peu fatigante, poussée congestive, fièvre, perte de poids de 4 kilogrammes environ. La malade se remet rapidement. En été, nouvelle poussée avec expectoration bacillifère abondante, la fièvre tombe, les signes d'auscultation s'amendent très vite.

En mai 1910, Mme X... quitte Leysin, ayant passé sept mois sans incidents depuis sa dernière poussée congestive.

Status pulmonaire à ce moment : respiration rude, râles sous-crépitants fins très peu nombreux à la toux, localisés uniquement dans la fosse sous-claviculaire gauche.

En mars 1912, la malade continuait à se porter aussi bien que possible. Quant à l'enfant, allaité par une nourrice, son état de santé était très bon et l'augmentation en poids était régulière.

OBSERVATION VI

M^me^ X..., vingt-huit ans. Suisse.

Anamnèse. — Hérédité tuberculeuse nulle. Pleurésie il y a deux ans, sans fièvre ; guérison spontanée. Mariée il y a quatre ans, deux enfants bien portants. Tousse depuis septembre 1903, bronchite. En octobre, on constate la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. Se soigne immédiatement à Leysin, où elle passe deux mois, de janvier à mars 1903; lésion apexienne à droite. Passe l'été chez elle sans incidents. En septembre 1904, bronchite. trois à quatre jours de fièvre Tousse et crache un peu, dès lors.

20 novembre 1904.— *Status d'arrivée.*— Poids 54 kgr. 100. Température normale. Bacilles de Koch dans l'expectoration (Gaffky IV). Urines normales. Grossesse au début.

Status pulmonaire. — Sommet droit, respiration rude aux deux temps ; quelques craquements humides très nets retentissants ; râles sous-crépitants fins, assez nombreux, surtout dans la région antérieure.

En janvier 1905, les lésions pulmonaires tendant à s'aggraver d'une façon manifeste, l'avortement est décidé. L'intervention a lieu *sans* narcose, et *l'avortement est provoqué sans incidents*. Dès ce moment, l'état pulmonaire s'améliore et la malade quitte Leysin en avril 1905, avec le status suivant : au sommet droit, aucun bruit quelconque, même à la toux forte, respiration un peu rude. Température normale. Poids 55 kilogrammes. Ne crache pas. La guérison se maintient jusqu'en avril 1912. A ce moment-là, hémoptysie à la

suite de fortes fatigues, fièvre légère. Deux mois de repos sans nouveau séjour à l'altitude ont raison de cette nouvelle poussée.

OBSERVATION VII

Mme X..., trente ans.

Hérédité tuberculeuse négative.

Santé excellente jusqu'en 1904. A ce moment influenza, suivie immédiatement d'une poussée tuberculeuse au sommet gauche avec fièvre et bacilles de Koch dans l'expectoration. Se soigne immédiatement et fait, dans les années 1904 à 1908, des cures dans différentes stations climatériques d'Europe (Leysin, Forêt Noire, etc.). S'améliore notablement. En 1908, départ pour l'Orient, une violente dysenterie prise en Palestine est le début d'une nouvelle poussée violente dont elle n'est pas remise. Hiver 1909-1910 passé à Héluan. Jamais d'hémoptysie. A pesé 60 kilogrammes. S'est mariée en 1906.

Avril 1910. — *Status d'arrivée à Leysin.* — Poumon gauche: respiration amphorique avec craquements métalliques rares.

Poumon droit: respiration soufflée, craquements humides caverneux assez nombreux et râles sous-crépitants fins et moyens, rares au lobe supérieur.

Expectoration abondante ; bacilles de Koch présents (Gaffky VIII). Température 36 à 37°6. Urines normales. Poids 43 kgr. 200. Les règles apparaissent régulièrement jusqu'en

septembre 1911. Température 37°4 maxima. Status pulmonaire stationnaire.

En octobre, les règles n'apparaissent pas. Mauvais état général, la malade s'énerve, ne *mange plus*. La température s'élève.

Novembre. — Les règles n'apparaissent pas, l'état général mauvais et les signes d'auscultation s'aggravent manifestement du côté droit. Température 38 degrés. Un examen révèle un utérus augmenté de volume, col mou.

15 décembre 1910. — Intervention *sans* narcose avec le concours du Dr de Régnier : laminaires.

16 décembre. — Frissons, température 36°1.

17 décembre. — Température 37°1-38°1.

18 décembre. — *Expulsion d'un fœtus de trois mois environ*. Température 37°2.

Janvier 1913. — Actuellement, le status pulmonaire s'est notablement amélioré, l'état général est bon. La malade, après une période de six mois d'alitement, se lève et fait parfois des promenades de une heure environ. Son poids est de ?.

OBSERVATION VIII

Mme X..., vingt ans. France.

Hérédité tuberculeuse inconnue.

Début de l'affection actuelle en automne 1909 à la suite d'une grippe : faiblesse générale, amaigrissement, transpirations nocturnes, toux et expectoration bacillifère. Jamais d'hémoptysie. En décembre 1909, la malade vient à Leysin.

Status pulmonaire. — Sommet droit : respiration rude,

obscure, craquements humides et râles sous-crépitants fins, épars. Température 37°8 maxima. Expectoration : 15 crachats muco-purulents, bacilles de Koch présents. Urines normales. Amaigrissement considérable, teint terreux, très mauvais état général. La malade quitte Leysin en avril 1910, malgré nos conseils. La température est normale, les signes d'auscultation se sont légèrement atténués, le poids est en augmentation de 2 kilogrammes environ (54 kgr. 600).

La malade reste encore un mois en Suisse, à 1.000 mètres d'altitude, puis rentre chez elle.

En juillet 1910, mariage. A ce moment-là, l'état général est assez satisfaisant, pourtant une légère élévation thermique vespérale (37°8) est fréquente.

Traitements divers. — Mycolisine du Dr Doyen, 25 injections I. K. de Spengler.

En août 1911 les règles cessent, annonçant une grossesse au début. Durant la grossesse, les signes pulmonaires s'amendent à tel point qu'un médecin appelé en consultation déclare au médecin traitant n'entendre aucun signe de tuberculose. La malade ne tousse pas, l'expectoration est tarie ; le thermomètre accuse parfois 37°4.

Accouchement normal en mai 1911 d'un bébé très bien constitué. Pendant deux semaines, les suites de couches sont normales, puis soudain la fièvre s'installe, la toux et l'expectoration réapparaissent, crises de coliques hépatiques. Dès ce moment, sans aucune rémission, la température monte chaque jour à 38°5 environ.

La malade revient à Leysin en automne 1911.

Status pulmonaire à ce moment (septembre). — Poumon

gauche : respiration soufflée, craquements humides et râles consonnants au lobe supérieur.

Poumon droit : souffle amphorique net et craquements caverneux au tiers supérieur. Expectoration très abondante, nummulaire, bacilles de Koch présents. Température 38°6. Urines normales. Diarrhées fréquentes. Pouls petit, vite, irrégulier, cyanose des extrémités, état cachectique avancé.

Au bout de quinze jours, la malade rentre chez elle et meurt trois mois après. Le bébé se porte bien, il augmente régulièrement de poids.

OBSERVATION IX

Mme X, vingt-quatre ans. La Trinité.

Anamnèse. — Hérédité tuberculeuse nulle. Fièvre typhoïde à deux reprises dans l'enfance. Il y a trois ans (1904), elle se trouve en rapports continus avec une parente tuberculeuse active et se met à tousser légèrement. Subitement : aggravation de l'état pulmonaire, point de côté, fièvre. Se soigne à la campagne, se rétablit.

Elle se marie il y a deux ans (1905) : un enfant après une grossesse assez pénible. Pendant les suites de couches, la malade se remet à tousser. Pas de fièvre, pas de sueurs nocturnes. Son médecin l'envoie en Suisse. Traversée bien upportée. AParis, hémoptysie assez forte, sans fièvre. A l'arrivée à Leysin, hémoptysie qui s'arrête rapidement. Pas de fièvre. Fonctions digestives satisfaisantes.

20 juin 1907. — *Status d'arrivée.* — Poids 55 kgr. 300

Température normale. Bacilles de Koch (IX Gaffky) dans les crachats. Urines, 1300 centimètres cubes en vingt-quatre heures. Densité 1015. Albumine = 0. Sucre = 0.

Utérus gravide de trois mois.

Status pulmonaire : Lésions apexiennes bilatérales.

A gauche. — Respiration rude presque soufflée, quelques petits craquements humides très nets dans la fosse sus-épineuse ; signes d'auscultation identiques en avant, mais plus accentués.

A droite. — Respiration rude, quelques râles sous-crépitants fins et petits craquements fins épars.

Jusqu'au 25 août, rien de particulier. A ce moment, douleurs à la base gauche, fièvre 38 degrés, matité, respiration affaiblie, soufflée (souffle doux, lointain), égophonie, frottements pleuraux crépitants dans la limite supérieure ; *poussée pleurale* très nette à la base gauche. A ce moment, la malade pèse 61 kilogrammes. Amélioration très rapide.

A son départ, le 10 novembre 1907, on ne note plus qu'une respiration un peu rude au sommet droit et quelques petits râles ronflants à gauche. Expectoration très peu abondante, mais encore bacillifère. Poids 61 kgr. 300.

La malade accouche chez elle, à la Trinité. L'accouchement et les suites de couches sont normaux. L'état pulmonaire reste très bon et se maintient comme tel depuis plusieurs années.

OBSERVATION X

Mme X, vingt-trois ans. Les Balkans.

Anamnèse. — Hérédité tuberculeuse nulle. Pas de maladie importante dans l'enfance, mais toujours délicate, faible, anémique. Mariée à vingt ans. En automne 1908, péritonite *post-partum* guérie par un traitement médical; trois mois au lit, convalescence très longue. Ne nourrit pas. Son enfant meurt d'affection indéterminée à quelques mois.

En juillet 1909, refroidissement coïncidant avec une nouvelle grossesse au début. Ne se sent pas bien dès ce moment, tousse beaucoup, crache ; bacilles de Koch dans l'expectoration. Température maxima, 37°5 depuis quelques semaines. Jamais d'hémoptysie. Fonctions intestinales bonnes.

10 octobre 1909. — *Status d'arrivée à Leysin.* — Poids 43 kilogrammes. Température maxima 38 à 39 degrés. Bacilles de Koch dans l'expectoration. Urines normales. Facies pâle ; amaigrissement marqué. Grossesse de trois mois.

Status pulmonaire. — Base gauche : à la toux, râles humides sourds, lointains, muqueux, très fugaces, rares et épars. Rudesse respiratoire au sommet gauche.

Janvier 1910. — La grossesse évolue sans incidents. État général très amélioré. Température normale. L'expectoration a diminué de moitié. Poids 52 kgr. 400.

Signes d'auscultation : respiration rude aux deux temps au sommet gauche ; plus aucun bruit à la base.

27 mars 1910. — Légère hémorragie utérine. Le col est perméable y compris l'orifice interne. A la suite de cet incident, poussée fébrile passagère. Apparition pour la première fois, au sommet gauche, de râles sous-crépitants fins, assez nombreux.

3 avril 1910. — Accouchement ; violente hémorragie *post-partum*, syncope. Naissance d'un enfant bien constitué.

Quinze jours d'apyrexie après l'accouchement, puis la température monte progressivement pour se fixer à 38°5 au maximum. En même temps, ramollissement rapide du lobe supérieur gauche. Dès lors, la malade reste constamment fébrile, sauf quelques courtes rémissions.

En juin 1910, on note à l'auscultation : souffle cavitaire et râles éclatants à la partie supérieure du poumon gauche.

En octobre 1910, *complication laryngée*. La fièvre prend le type franchement hectique.

En janvier 1911, signes de ramollissement apparaissent au sommet droit.

La mort survient le 22 mars 1911.

En novembre 1912, l'enfant est délicat, à type franchement rachitique, amaigrissement.

OBSERVATION XI

Mme X..., vingt-six ans. Suisse.

Entre au sanatorium en décembre 1901. Atteinte fibro-caséeuse du sommet droit, expectoration muco-purulente, bacilles de Koch présents, température normale. Départ de Leysin après une cure de six mois. Respiration rude, crépi-

tation alvéolaire, l'expectoration est tarie, l'état général est excellent.

Mariage en juin 1904. En 1905, accouchement normal d'un enfant bien constitué ; en 1906, deuxième accouchement normal d'un beau bébé. Les deux grossesses sont très bien supportées, les suites de couches normales ; la mère ne nourrit pas.

En 1912, la mère se porte parfaitement bien ; les deux enfants sont normaux et en bonne santé.

OBSERVATION XII

Mme X..., dix-huit ans. Roumanie.

Père mort de tuberculose pulmonaire.

Vient à Leysin en 1908 pour une atteinte fibro-caséeuse bilatérale ayant débuté par des hémoptysies. Température élevée. Expectoration abondante, bacilles de Koch présents. Amaigrissement considérable.

La malade passe dix-huit mois à Leysin en un séjour ininterrompu. Elle quitte l'altitude en 1900 guérie cliniquement. Température normale, ne crache pas depuis plusieurs mois.

Mariage en 1901. Accouchement normal d'un enfant bien constitué, en 1902. La grossesse et les suites de couches sont normales. La malade n'allaite pas.

La malade, étant en voyage en Suisse en 1912, vient se faire examiner à Leysin. On note à l'auscultation des signes de cicatrice. La santé de Mme X... a toujours été bonne depuis son départ de l'altitude. Son enfant, âgé maintenant de dix ans, a fort bonne apparence.

OBSERVATION XIII

Mme X..., vingt-six ans. Irlande.

Père mort probablement bacillaire.

Sœur morte tuberculeuse.

Premier mari mort de tuberculose.

La malade a souffert d'une arthrite tuberculeuse du genou guérie en position vicieuse. A la suite d'une réduction sous narcose pour replacer le membre en bonne position, l'arthrite se réveille en même temps qu'éclate une poussée de tuberculose au poumon droit. La malade est alors envoyée à Leysin en 1898.

A l'arrivée, on constate au lobe supérieur droit une respiration rude, obscure, des craquements humides et des râles cavernuleux nombreux. Expectoration nummulaire, bacilles de Koch présents.

La malade fait à Leysin un séjour de vingt mois. Départ en 1901, l'arthrite du genou est guérie et l'atteinte pulmonaire est cicatrisée.

Mariage en 1902. Trois accouchements normaux de 1902 à 1908.

En 1912, Mme X... et ses trois enfants se portaient parfaitement bien.

OBSERVATION XIV

Mme X..., vingt-six. France.

Antécédents inconnus. Rougeole ; réglée à onze ans.

Janvier 11. — Crises de laryngite tuberculeuse, aphonie, localisation pulmonaire au sommet droit.

Arrivée à Leysin en mai 1911. Sommet droit : respiration rude, soufflée, craquements humides fins, peu nombreux à la toux. Ulcération des cordes vocales. Bacilles de Koch présents dans l'expectoration. Température normale, urines normales.

En août, les règles n'apparaissent pas. Très rapidement l'état général devient mauvais, la température commence à apparaître le soir. *Utérus gravide.*

14 août. — Intervention *sans* narcose, laminaires. Température 37°5.

15 août. — Température 37°5.

16 août. — *Expulsion d'un fœtus de 4-5 centimètres.* Température 37°8. Suites normales.

17 août. — La température retombe à la normale et s'y maintient dès ce moment. L'état général s'améliore rapidement.

Le Dr de Régnier revoit la malade en août 1912. L'état pulmonaire et le status laryngé se sont maintenus très bons.

OBSERVATION XV

Mme X..., vingt-huit ans. Italie.

Vient à Leysin en septembre 1903. Tuberculose fibreuse diffuse avec poussées bronchitiques fréquentes, bacilles de Koch présents dans l'expectoration. Utérus gravide de trois mois.

Accouchement par version, en mars 1904, d'un enfant bien

constitué. La grossesse a été bien supportée. Les suites de couches sont normales, la malade n'allaite pas.

La malade quitte Leysin en mai 1904 ; elle ne crache plus.

En 1912, la mère et l'enfant continuent à jouir d'un bon état de santé.

OBSERVATION XVI

Mme X..., trente-cinq ans. France.

La malade vient à Leysin en octobre 1898. On note à ce moment les signes d'auscultation d'une vaste excavation du poumon gauche. Expectoration abondante, bacillifère. Fièvre à grandes oscillations, 36°9/39°2. Grossesse au cinquième mois. La malade mène à bien sa grossesse et accouche à terme d'un enfant bien portant. L'évolution de la tuberculose suit son cours et la malade meurt en France seize mois après son accouchement ; enfant bien portant.

OBSERVATION XVII

Mme X..., trente ans. France.

La malade vient à Leysin en 1899, en septembre. On note à ce moment une atteinte fibro-caséeuse du lobe supérieur droit. Bacilles de Koch présents dans l'expectoration. Grossesse de quatre mois. La grossese est bien supportée. En mars 1900, accouchement laborieux, terminé au forceps, d'un enfant bien conformé. Les suites de couches sont normales ; la mère n'allaite pas. La malade quitte Leysin en septembre 1900, ayant obtenu la cicatrisation de ses lésions pulmonaires.

Mme X..., revue en 1910, soit dix ans après son accouchement, est en bonne santé. La guérison de l'affection pulmonaire s'est maintenue sans aucune rechute. Le bébé est devenu un fort bel enfant dont l'état de santé est très bon.

OBSERVATION XVIII

Mme X..., trente-cinq ans. France.

Hérédité indéterminée. Huit frères et sœurs en bonne santé.

Rougeole et scarlatine dans l'enfance.

Début insidieux de l'affection tuberculeuse à vingt ans, anémie, amaigrissement, toux, expectoration, bacilles de Koch présents. Passe cinq hivers à l'altitude, se guérit complètement. Se marie en 1906. Mari guéri d'une atteinte de tuberculose pulmonaire traitée pendant deux hivers à la montagne, guéri en 1904.

En 1907, accouchement au forceps d'un enfant bien conformé. Grossesse et suites de couches normales.

En 1909, accouchement au huitième mois d'un enfant paraissant normal. Rechute légère au cours de la grossesse : toux, expectoration bacillifère, température normale. Le status pulmonaire s'aggrave pendant l'état puerpéral ; cette nouvelle poussée bacillaire est jugulée par une cure de six mois à Leysin.

En 1910, nouvelle grossesse très mal supportée : fièvre, toux, expectoration bacillifère abondante, urines normales. Abortus provoqué *sans* narcose au deuxième mois. Cette intervention est suivie d'une aggravation considérable du

status pulmonaire : formation de cavernules au lobe supérieur gauche. La température se maintient à 38-38°5 pendant cinq mois et ne tombe à la normale qu'en octobre 1910, quelques jours après l'arrivée de la malade à Leysin.

Hiver 1911-1912 passé à Leysin. Rentre chez elle en juin 1912 très améliorée.

Revient à Leysin le 2 décembre 1912, enceinte de cinq mois. Grossesse très bien supportée. L'état pulmonaire s'améliore constamment, la toux cesse et l'expectoration disparaît au troisième mois de l'état gravidique. Actuellement (février 1913) les lésions pulmonaires paraissent complètement asséchées.

Premier enfant. — Garçon, 18 kilos ; aucune maladie d'enfance, premières dents à quatre mois, premiers pas à dix-huit mois ; commence à parler à dix-huit mois.

Deuxième enfant. — Fille, née avant terme ; aucune maladie d'enfance ; 12 kgr. 5 ; premiers pas à douze mois ; commence à parler à seize mois.

OBSERVATION XIX

Mme X..., vingt ans. France.

Hérédité tuberculeuse négative.

Rougeole ; délicate dans son jeune âge.

Mariée à dix-neuf ans. Début de l'affection actuelle deux mois après le mariage, coïncidant avec une grossesse. Avortement provoqué à la septième semaine. Le processus tuberculeux continue son évolution rapide. La malade arrive à Leysin un mois après l'avortement, porteuse d'une ulcération

bilatérale plus étendue au lobe supérieur droit; cyanose accusée des extrémités.

La malade meurt deux mois après chez elle, soit quatre mois après l'avortement provoqué.

CONCLUSIONS

Nous n'avons eu d'autre ambition que d'apporter une contribution clinique à la question de la tuberculose chez les femmes enceintes.

Nous pensons que l'écart qui apparaît, dans notre statistique, entre les observations où la grossesse ne s'aggrava pas (la majorité) et les observations contraires, n'est pas suffisant pour démontrer une prédominance d'action dans un sens ou dans l'autre.

Nous pensons surtout qu'elles soulignent l'opinion à laquelle nous nous rallions personnellement, de l'individualisation rigoureuse de chaque cas.

Le pronostic de la tuberculose nous apparaît essentiellement variable pour des cas en apparence identiques.

Le cas de conscience qui se pose au médecin auquel une femme tuberculeuse demande conseil en vue du mariage nous paraît l'un des plus angoissants qui soient.

Vu : le Président de la thèse,
ROBIN

Vu : le Doyen,
F. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

G. Loéser

BIBLIOGRAPHIE

Técon. — Revue suisse de médecine, n° 23, 1913, et communication à la Société des médecins de Lyon, avril 1911.

Bar. — Congrès de la Tuberculose. Rome, 1913.

Pinard. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juin 1913.

Robin (*A.*). — Thérapeutique usuelle, t. III, 1912.

Lempert (*V.*). — Thèse de Paris, 1905.

Monnier. — Thèse de Paris, 1908.

Magnette. — Thèse de Lyon, 1908.

— Contribution à l'étude clinique de l'évolution de la tuberculose pulmonaire après l'accouchement et l'avortement spontané ou provoqué. Thèse de Paris, 1908.

Hippocrate, cité par Favre-Thomas. — Tuberculose et puerpéralité. Thèse de Paris, n° 541, 1905, p. 14.

Rozière de la Chassagne. — Manuel des pulmoniques.

Sims. — Observations sur les maladies épidémiques. Trad. franç. de Goubert. Avignon, 1778.

Cullen. — Éléments de médecine pratique, t. II. Trad. franç. de Bosquillon. Paris, 1778.

Marc. — Dictionnaire des Sciences médicales, chap. Grossesse, t. XVII, p. 467, 1817.

Brieude. — Traité de la phtisie pulmonaire, t. II, 1803.

Bordeu. — Recherches sur le pouls, t. I, chap. XXVII.

Andral. — Cliniques médicales, 4e édit., t. IV, p. 366, 1840.

Baumes. — Traité de la phtisie pulmonaire. Montpellier, t. I, an. 3.

Dugés. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, t. IX, 1833.

Gubler. — C. R. de la Société de Biologie, 1850.

Fonsagrives. — Thérapeutique de la phtisie pulmonaire, 1866.

Chailly. — Traité pratique de l'art des accouchements.

Lassègue. — De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la marche de la tuberculose. Thèse de Paris, 1856.

Bouchut. — Pathologie générale, p. 312, 1869.

Fallen. — Influence heureuse de la grossesse chez quelques malades. Thèse de Paris, 1889.

Stuart Tidey, cité par Renon. — Journal des Praticiens, n° 5, 3 février 1906, p. 66.

Kania. — De l'influence de la puerpéralité sur les femmes prédisposées à la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1904.

Mercier. — De l'influence de la grossesse sur le développement et la marche de la tuberculose. Thèse de Paris, 25 juillet 1894.

Mauriceau. — Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies. 1re édit., t. II, 1715.

Gardien. — Traité complet des accouchements, des maladies des femmes et des enfants, t. II, 3e édit., 1824.

Louis (P.-C.-A.). — Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phtisie, 2e édit., 1843, p. 459-461.

Peter. — Cliniques médicales, t. II, 2e édit., 1879.

Robert et *Hervieux*, cité par Magnette. — Thèse de Lyon, 1908, p. 8.

Stolz. — Ibid.

Grisolle. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 20 octobre 1849.

Chiara. — Congrès d'Obstétrique. Rome, 1886.

Berghesio. — Congrès d'Obstétrique. Rome, 1886.

Martinetti. — Ibid.

Bahuaud. — De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur le développement et la marche de la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1853.

Guéneau de Mussy. — Gazette des Hôpitaux, 1868.

Caresmes. — Thèse de Paris, 1866.

Perroud. — Lyon médical, 1871.

Pidoux. — Études générales et pratiques sur la phtisie. Paris, 1873.

Ortega. — Thèse de Paris, n° 24, 1876.

Gaulard. — Influence de la grossesse sur la tuberculose. Thèse d'agrégation, 1880.

— Tuberculose et état puerpéral. Presse médicale, 8 déc. 1894, p. 389.

Petiau. — Thèse de 1885.

Hergott. — Tuberculose et gestation (Annales de Gynécol., juillet 1891).

Bizouard. — Thèse de Lyon, 1892.

Gibert. — Thèse de Paris, 1898.

Grancher. — Traité de médecine et de thérapeutique. Article : Tuberculose. Paris, 1900.

Rebière. — Contribution à l'étude de la tuberculose dans ses relations avec la grossesse et les suites de couches Thèse de Paris, 1900.

Capuron. — Traité des maladies des femmes depuis la puberté jusqu'à l'âge critique inclus, 1817.

Jacob et *Pannwitz*. — Entstehung und Bekæmpfung der Lungentuberkulose. Leipzig, 1901. G. Thieme. B. I. S. 291.

Bardeleben. — Berliner klin. Woch., août 1912.

Strassmann. — Berl. klin. Woch., 1902.

Kaminer. — Les Indications de l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses (Clin. méd., n° 37, 1910).

Fehling, cité par Colombet. — Thèse de Lyon, n° 71, 1912, p. 25.

Liepmann. — Ibid.

Mordkovitsch. — Inaugural-Dissertation Univ. Berlin. März-April, 1911.

Duhrrsen. — Société Hufeland (Berlin). Séance du 8 déc. 1910. Voir Presse médicale, n° 3, p. 20, 11 janv. 1911.

Bumm. — De l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses (Sem. méd., n° 10, p. 119, 4 mars 1908).

Landau, cité par Colombet. — Thèse de Lyon, n° 71, 1912, p. 29.

Hahn. — Tuberculose et grossesse (Berl. klin. Woch., 28. dez. 1903).

Schauta, cité par Roulet. — Société des médecins de Leysin. Séance du 27 avril 1911 (Presse médicale, 5 juillet 1911).

Martinetti. — Congrès d'Obstétrique. Rome, 1886.

Peri. — Sur l'interruption artificielle de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire (II Policlinico IX, 8 avril 1903, p. 1281).

Chiara. — Congrès d'Obstétrique. Rome, 1886.

Maragliano. — Les Indications médicales de l'avortement (XII[e] Congrès de la Soc. ital. de méd. int. Rome, 28-31 oct. 1902).

— Tuberculose et grossesse au point de vue thérapeutique (La Clinica ostetrica, n° 2, 1906).

Pestalozza. — Tuberculose et grossesse (la Gynecologia, n° 10, 1905).

Bossi. — Indications médicales de l'interruption de la grossesse (l'Obstetrica, 1902).

— Sur l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses (Gynæk. Rundschau, H. 17, 1910).

Proust. — Influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, n° 327, 1903.

Bouchard et *Tessier.* — C. R. du Congrès internat. de la tuberculose. Paris, 27 oct. 1905, p. 626-630

Frænkel. — Wiener med. Woch., sept. 1912.

Imp. de la Faculté de Méd., H. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2539-14